**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

**s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů**

Poskytovatel zdravotních služeb:

Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):…………………………………………………………

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:……………………………………………………………………..

Označení zdravotního výkonu nebo služby: **FYZIKÁLNÍ TERAPIE**

**KONTRAINDIKACE** spojené se zdravotním výkonem nebo službou:

* antikoagulancia (medikamenty na ředění krve)
* gravidita (elektroterapie mimo oblast pánve a břicha)
* horečnaté stavy
* jizvy, poškozená kůže, čerství vpichy (možnost fototerapie – laser)
* kardiostimulátor
* kovové implantáty
* primární tumory, ložiska TBC (možnost TENS)

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu: možnost přechodného zhoršení stavu.

Pacient byl poučen o svém právu klást otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasí, či nikoli. Pacient prohlašuje, že podaným, informacím rozumí, nemá řádné otázky ani nejasnosti a vyslovuje svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

V Praze dne………………………….

*…………………………………………………………………….* …………………………………………………….

*Podpis zdravotníka, který informace podával Podpis pacienta*